XIII. OVARIOTOMIA

GUARIGIONE

XIV. OVARIOTOMIA

ED

AMPUTAZIONE SOPRAVAGINALE DELL'UTERO

GUARIGIONE

PEL

Dott. ANTONINO D'ANTONA

Estratto dal Giornale Internazionale delle Scienze Mediche — Anno IV
diretto dal prof. A. RAFFAELE.

ENRICO DETKEN EDITORE
NAPOLI
Piazza Plebiscito e Via Roma, 288

ROMA 121. Montecitorio | **PALERMO** 411. Via Vitt. Emm

1882

XIII. OVARIOTOMIA

GUARIGIONE

XIV. OVARIOTOMIA

ED

AMPUTAZIONE SOPRAVAGINALE DELL'UTERO

GUARIGIONE

PEL

Dott. ANTONINO D'ANTONA

Estratto dal Giornale Internazionale delle Scienze Mediche—Anno IV
diretto dal prof. A. RAFFAELE.

ENRICO DETKEN EDITORE
NAPOLI
Piazza Plebiscito e Via Roma, 288

ROMA 121. Montecitorio | **PALERMO** 411. Via Vitt. Emm

1882

STABILIMENTO TIPOGRAFICO DELL'UNIONE
Strada nuova Pizzofalcone, 3.

Con queste altre due osservazioni, le laparotomie da me eseguite sommano a diciassette, all' infuori di quella dell'estirpazione dello utero per cancro. Tra quelle vanno contate dodici ovariotomie semplici — due ovariotomie combinate ad amputazione sopravaginale dell'utero — e tre laparotomie per miofibroma periuterino, sarcoma prevertebrale e sarcoma peritoneale della fossa iliaca; conto tre morti.

La prima avvenuta al 21° giorno con forme dissenteriche (da lenta setticemia?) — ovariotomia non compiuta. La seconda morte dopo 36 ore per acutissima setticemia peritoneale—cisti voluminosissima ed aderentissima. La terza morte avvenuta al 4° giorno per paralisi cardiaca (sarcoma prevertebrale).

I due casi d'ovariotomia ed isterotomia insieme guarirono tutti e due.

La seconda osservazione di queste due, delle quali ora riferirò brevemente, è appunto un caso d'istero-ovariotomia. Forse ci saranno stati casi uguali, ma più difficili di questo per la esecuzione operativa non credo che ci sieno stati.

E pensare che il chiarissimo Prof. Giosuè Marcacci in una sua bella publicazione, a proposito della sua seconda ovariotomia, parla di questa operazione, come una di quelle, che certamente la chirurgia non può annoverare tra le più difficili. Auguro al Prof. Marcacci che non gli avvenga mai il caso o l'occasione di modificare quel suo giudizio — auguro a lui che i suoi siano sempre casi di cisti semplici libere. Ma ciò non mi dispensa dal dichiarargli francamente che egli parla così, perchè non ha operato e probabilmente non avrà visto operare mai un caso davvero difficile. —

Legga almeno le storie cliniche, dove per menare a termine la ovariotomia, per lui operazione di mediocre difficoltà, il povero chirurgo, oltre le tante difficoltà, ha dovuto cucire un intestino, e

la vescica; rifletta che a tutti gli operatori, anche a coloro che ne aveano praticato migliaia, si sono presentati casi, nei quali l'operazione, incominciata e proseguita, non si è potuta compiere!! Quale è l'operazione in Chirurgia che mette il chirurgo in quella posizione umiliante e miseranda di non poter continuare l'operazione, e, per le difficoltà incontrate, di dover lasciare la sua vittima in balia di certa morte da lui senza dubbio procurata, e quasi senza speranza di poterla scongiurare?

Quando il Marcacci avrà provato il capogiro, ed avrà sudato freddo in faccia ad un caso di quel genere, allora vorrò sentirlo parlare; allora si persuaderà che altro è un'amputazione di coscia, o una resezione di mascellare, o l'estirpazione di un tumore, ed altro è l'aprire la pancia di una donna per dissecare un tumore aderente ed immedesimato così colla maggior parte degli organi addomo-pelvici, da non poter più riconoscere le parti, da non saper per dove procedere, eppure essere obligato a dire sempre: avanti! avanti!

XIII.ª Ovariotomia — *Guarigione.*

Rosa Esposito, mestruata a 18 anni e sempre regolarmente, nubile, dice avere 25 anni.

Ella ha discreta costituzione organica, ma un pò sciupata dalle fatiche e dagli stenti della vita.

Non sa dir nulla dei suoi genitori, che non conobbe. Della sua fanciullezza e vita precedente non si può saper nulla di preciso, grazie al suo cretinismo. Appena abbiamo potuto apprendere che, ora è un anno, ella s'avvide di avere il basso ventre più grosso e non se ne incaricò gran fatto. Verso il febbraio ultimo essa fu presentata e raccomandata al Prof. Barba, il quale gentilmente la diresse a me.

Nel maggio io l'accolsi nella mia piccola casa di salute, e là fu operata.

Donna di regolare statura, bionda, pelle delicata, buono sviluppo scheletrico. Tutto il basso ventre dal pube fino in sopra della cicatrice ombelicale è rigonfiato; ed è maggiormente prominente quanto più s'è vicino alla linea mediana. A decubito dorsale ed alla fine delle profonde e prolungate espirazioni il tumore si delinea coll'occhio. Colla palpazione si conferma ancora meglio la forma rotondeggiante della massima parte del tumore, che ha un

prolungamento stretto, a guisa di picciuolo, verso la piccola pelvi; e si constata eziandio la sua superficie regolare, la sua uniforme consistenza e la chiara fluttuazione. Il tumore monta a tre dita trasverse di sopra l' ombelico, che è piuttosto infossato, scende a riempire le sezioni interne delle due fosse iliache e va a perdersi nella piccola pelvi. Esso è piazzato e poggia più a dritta anzichè a sinistra della linea mediana ; di guisachè la linea alba è spostata un po' a dritta. È mobile il tumore non solo nel senso laterale, ma da giù in sù ; cosicchè è possibile spostare il tumore in alto e scendere colle dita di dietro il pube giù nella pelvi; ma qui si sente sempre quel prolungamento, quella specie di grosso picciuolo, che si continua cogli organi pelvici.

L' utero è in posizione regolare o appena può dirsi un po' retroverso — si riesce a deprimerlo o rialzarlo col dito; ma, quando un assistente sposta fortemente il tumore in alto, mentre il dito sta in contatto col collo uterino, questo viene tanto e così fortemente tratto in alto, che non si riesce col dito a seguirlo e poi raggiungerlo.

Dal fornice anteriore appena si raggiunge il tumore, ma non si può constatare null'altro.

Si fa diagnosi di cisti semplice sierosa-uniloculare-dritta, a cortissimo picciuolo e con aderenze uterine.

Il giorno 25 maggio, dopo le consuete cautele e precauzioni, alle ore 10 a. m., assistito dai chiar. Professori e dottori Gallozzi, Cotronei, Malbranc, Vittorelli, Ricevuto, Biondi, de Bellis, Pennetta, Salvia ed altri, procedei durante la cloroformizzazione al taglio, che praticai corto. Vuotata la cisti per una metà, essa venne fuori appresso del trequarti e poi fu tirata colle pinzette una buona parte del sacco ; ma un'altra parte rimasta dentro l'addome resisteva molto alle trazioni. La sezione inferiore aderiva ad alcune anse intestinali e specialmente al colon discendente ed S iliaca, ed aderiva alla piccola pelvi -- Con paziente lavoro riuscii a sciogliere tutte le aderenze; ed intanto il tumore cistico non veniva ; anzi alla sua base si toccava una massa dura, che si continuava ed aderiva ancora agli organi pelvici, ed all'utero più particolarmente, tanto che non fu possibile riconoscere qual' era l'utero e quale il tumore — Allora pregai l' intelligente amico Dr. Ricevuto ad introdurre il dito in vagina, mentre io da dentro l' addome riconosceva la topografia delle parti ; e non essendomi ciò bastato, per un'apertura fatta sulla parete cistica scesi giù col dito a riconoscere

tutta l' estensione e le altre particolarità di quel cavo, e potei notare subito, che sulla parete cistica, verso la parte più bassa e profonda del tumore, stavano grossi bottoni, o tumoretti vegetanti, che formavano nell' insieme una discreta massa — Scovrii inoltre che la parete cistica, così ingrossata, aderiva intimamente all'utero (alto fondo e porzione della parete posteriore) — Colla guida del dito tenuto dentro la cisti, riuscii a dissecare tutto, e, pervenuto alle aderenze più strette e vascolari coll' utero, le ligai e tagliai.

È inutile dire che il Dr. Ricevuto dopo quella manovra ripetuta in vagina si tenne lontano assolutamente da ogni atto di assistenza; come la mia sinistra, che era stata dentro il cavo cistico, fu ben nettata e disinfettata pria di riprendere parte attiva al lavoro sul peritoneo. Compiuta al solito la *toilette*, cucii la ferita con cinque punti di sutura staccata e profonda, e tre punti superficiali. Fu fatta la solita medicatura jodoformica e fenica.

Fu consumato troppo cloroformio durante l' operazione, e la narcosi fu prolungata e spinta troppo dal dottore amico destinato a quell' ufficio. Perciò, terminata l' operazione, il sonno si prolungò molto; e per diverse volte il respiro tendeva a sospendersi del tutto. Infine, coll' aiuto dei soliti mezzi comuni, la operata fu risvegliata e condotta a letto.

Un' iniezione di morfina subito dopo e un'altra la sera - ma il vomito molesta ancora la inferma - ghiaccio — acqua carbonica. Nella notte dorme a riprese — il vomito continua sino al mattino e tutto il giorno appresso, e poi cessa. La temperatura a 37,9 nella prima sera con 84 pulsazioni — 38,5 nella seconda sera con 100 pulsazioni; e da quel giorno la temperatura fu sempre di sotto i 38.

Al 4° giorno 1ª medicatura — tutta la ferita riunita - si rimuovono i quattro punti di cucitura superficiale — non una goccia di prodotto — non iperemia e sensibilità attorno le margini della ferita.

Al 7° giorno 2ª medicatura — rimuovo gli altri cinque punti — la ferita è siffattamente riunita, che la si potrebbe dire cicatrizzata da un mese.

Al 9° giorno Rosa Esposito s' alza da letto — Al 10° giorno assiste ad altra laparatomia (Giuseppina Vernieri operata il 4 giugno), e l' indimani viene a casa mia, percorrendo a piedi qualche chilometro, ed io la riconduco dal prof. Barba ed altri colleghi dei Pellegrini.

Cisti di discreto volume , con aderenze estese e strette—opera-

zione lunga e delicata — durata due ore — inferma inquietata maledettamente dal vomito per due giorni, e ciò non ostante guarigione compiutasi in soli otto giorni. Non credo ci sia da augurarsi di meglio da una grande operazione.

La cisti è uniloculare—della grandezza da contenere da cinque a sei litri di liquido: ha pareti piuttosto sottili — una covertura peritoneale sottile e liscia, stratificazione epiteliale interna, e scarso tessuto connettivale ed elastico intermedio. — Dalla superficie interna però, ed in vicinanza del punto d'impianto della cisti, viene su una neoformazione vegetante e sporgente dentro il cavo cistico. Per ricordare una somiglianza dirò, che quella neoformazione sulla parete cistica stava, come la forma d'elefantiasi tuberosa sta sulla pelle.

Alla parete periferica quella neoformazione la quale occupa l'estensione circa di una mano, però assai irregolare, incomincia come semplice ipertrofia dell'intima della cisti, poi quanto più si avvicina al centro, assume l'aspetto quasi villoso, e finamente granulare sino a che nella sezione centrale si ha addirittura un cumolo di grossi bottoni, quasi grossi porri, di varia forma e grandezza ed impiantati tutti su di una comune base.

Io non ho visto mai una neoformazione adenoide, come in questo esemplare; e perciò non mi sono stancato per più giorni ad esaminare e guardare le belle imagini dei preparati microscopici trattati colla semplice glicerina, o imbibiti al carminio.

Già ad occhio nudo i tagli davano l'aspetto nettamente glandulare, quasi fosse in certe sezioni un epitelioma o addirittura un cancro — ma le piccole cavità rotonde, le fissure e spaccature ripiene di liquido ed osservate in molti punti dicevano chiaro che era un adenoma con incipiente formazione cistica da ritenzione.

Difatti sotto il microscopio s'osservava una scarsa quantità di tessuto connettivo comune fibroso, che formava il delicato stroma, e che in vicinanze delle neoformazioni epiteliali si mostrava più giovane e ricco di elementi, e tutto il rimanente di quella massa era costituita da uno svariatissimo e bizzarro intreccio di canali, strati e tubi ripieni di masse epiteliali, di tubi grossi e dilatati, e di vere cavità cistiche.

In qualche fortunato taglio si potevano osservare infossamenti epiteliali a guisa di zaffi pieni, che dalla superficie di quei bottoni scendevano giù profondamente, quasi fossero proprio infos-

sàmenti malpighiani degli epiteliomi cutanei ; oppure infossamenti tubolari diramantisi e disposti, come glandole sebacee, quando esse incominciano ad ingrossarsi nelle trasformazioni epiteliali (epitelioma glandulare e sebaceo).

Singolare era la forma e la disposizione dell' epitelio. Quà appariva pavimentoso, là cilindrico = quà spesso a diversi strati, e là ridotto ad un solo strato. In alcune cavità dilatate l' epitelio era ricacciato e ridotto ad un solo strato; in altre poi formava delle sporgenze papillari e villose. Ad ingrandimento piccolo (20 diametri) si vedevano piccole cavità occupate da sette, o dieci villi, o lunghi cilindri convergenti tutti verso il centro della cavità sino a toccarsi quasi coi loro estremi liberi, e lasciando un ben visibile spazio libero tra il loro punto d' impianto sulla parete della piccola cavità.

A più forte ingrandimento quei lunghi villi erano costituiti tutti di cellule epiteliali esclusivamente — cellule della più bizzarra forma — cilindriche, ovoidali con notevoli prolungamenti coi quali l' una cellula si appendeva all' altra (cellule metatipiche di Molassez e de Sinety). Come i diversi articoli di un fico d' India (clatodi) s' impiantano sul tronco ed alternativamente tra loro, così quelle cellule epiteliali cilindriche e picciuolate, impiantandosi l'una sull' altra, formavano quelle sporgenti neoformazioni villose.

Dall' osservare che in alcuni punti di quella neoformazione ci erano addirittura vere cavità cistiche, si può argomentare con sicurezza, che quella cisti uniloculare estirpata sarebbe divenuta col tempo una cisti multiloculare.

XIV. Ovariotomia ed amputazione sopra vaginale dell' utero.

Rosa Ferrara da Castellamare di Stabia, di anni 32, è una donnetta di ottima salute e forte costituzione organica.

Nata da sani genitori—mestruata a 14 anni — a 19 anni passò a marito. Dopo 2 anni incominciò a notare una sempre progressiva scarsezza del sangue mestruale, e dopo altri 2 anni lo perdette completamente; così che or sono 10 anni, ch'ella è completamente amenorroica.

Verso il 1874 ella notò un insolito e rapido ingrossamento del basso ventre, il quale, dopo alcun tempo, si ridusse di molto — ma dopo due anni ritornò di nuovo a gonfiarsi, e di nuovo si ri-

dusse, e questa volta non completamente, quando nel Maggio dell'anno scorso si presentò da me. Io ebbi a fare allora diagnosi di cistovario nascente; e poichè era assai piccolo, e nissuna molestia arrecava alla inferma, così io sconsigliai coscienziosamente l'operazione, quantunque il caso sarebbe stato per me assai propizio. Io non poteva riferire l'antica amenorrea a quella nascente cisti.

Intanto col progresso del tempo qualche molestia pelvica incominciò a farsi sentire in quello che il tumore cresceva, il quale da pelvico era addivenuto addominale. Perciò la paziente, un bel giorno, si ripresentò da me colla ferma determinazione di volere essere operata.

Difatti, accolta immediatamente nella mia casa di salute a Capodimonte, io insieme ai miei carissimi giovani amici la studiammo.

Lo addome di Rosa è piccolo piuttosto, ed è coverto di un ben spesso strato di pannicolo adiposo. In 20 giorni ch'ella visse in quella casa ad aspettare il suo turno di operazione s'impinguò ben bene. La cicatrice ombelicale è infossata. Il basso ventre è discretamente tumido – si direbbe una gravidanza al 5° mese. Durante le profonde espirazioni si sente un tumore inclinato più verso la sinistra che verso la fossa iliaca destra, il quale arriva a due dita trasverse di sotto la cicatrice ombelicale, e scende giù nella piccola pelvi, che riempie completamente. Non è molto teso il tumore ed è chiaramente fluttuante. La percussione non rivela nulla di nuovo, oltre quello ottenuto colla palpazione.

Col dito si sente il collo uterino piccolo un po' rialzato, ma principalmente spostato a dritta (latero posto a dritta); appena si riesce con forza a deprimerlo un poco. Il fornice laterale sinistro e posteriore della vagina sono prominenti; e l'estesa bozza, che si sente, è fluttuante ed estesamente, fluttuazione corrispondente a quella del tumore addominale. Pel fornice anteriore il tumore appena si sente attraverso uno spesso strato di tessuti. Quando le mani di un assistente cercavano spingere il tumore di dietro il pube da giù in sù verso il cavo addominale, la bozza fluttuante dei fornici vaginali si tende dippiù, ed il collo uterino pare scendere piuttosto che risalire.

Posta la donna in posizione alla Sims (sulle ginocchia e torace) quella bozza pare che si faccia floscia e risalga, mentre il tumore addominale si fa più prominente e più vicino alla regione retro-ombelicale.

Però il collo uterino segue niente o appena apprezzabilmente questo movimento di apparente spostamento del sacco cistico in alto.

Non e possibile sondare la cavità uterina. La donna non accusa molestia alcuna dal lato del retto e della vescica.

Il giorno 18 di giugno, pria di procedere alla operazione, dissi ai Professori amici presenti la mia diagnosi: « Cisti sierosa uniloculare sinistra con aderenze all'utero ».

Alle ore 10 dello stesso giorno quindi, dopo prese le solite cautele, assistito dai Professori e dottori Gallozzi, Jennaco, Malbranc, Vittorelli, de Bellis, Biondi, Spadaro, Pennetta, Lordi ed altri, procedei all'incisione di quelle pareti addominali molto grasse.

Il connettivo sotto-peritoneale era trasformato in un bel cuscino di grasso.

Inciso il peritoneo, fu a fatica che potei riconoscerlo e scollarlo un poco dalla parete cistica, tanto intimamente aderenti erano tra loro.

Punta la cisti con grosso trequarti, e cercando di cacciarla fuori, scovrii altre aderenze parietali , che sciolte appena , essa venne fuori insieme all'epiploon e ad un'ansa intestinale intimamente aderenti alla parete cistica, tanto che l'ansa intestinale fu riconosciuta più tardi. Sciolte anche queste aderenze, il sacco cistico non veniva affatto fuori. Allora per un'apertura fatta penetrai colla mano dentro quel cavo cistico. Quale non fu la mia sgradevole sorpresa, quando rilevai che la parete della cisti aderiva attorno attorno a tutta la periferia delle ossa della pelvi ! Da dietro il pube e branche orizzontali io poteva scorrere col dito lungo il distretto superiore fin al promontorio sacro-vertebrale , sentendo tutte le ossa sottostanti attraverso la sottile parete cistica, e questa non scorrevole, ma fissata su quelle. Appena colle dita potei raggiungere più profondamente nella pelvi il cul di sacco inferiore della cisti. Insomma sembrava come se la pelvi , vuotata di tutti gli organi ivi contenuti, fosse stata per intero occupata da quella. L' utero faceva corpo col tumore e le stesse intime aderenze stavano col pube e la vescica !

Con paziente lavoro dissecai la cisti in dietro; l'utero, alla cui superficie posteriore essa aderiva intimamente, era stato tratto quasi a fior di cute; e tutto quel cavo posteriore , risultato a quell' esteso scollamento, sanguinava. Oltre la ligatura fatta a misura che le lacerazioni procedevano, dovetti farne tante altre pria di

procedere alla dissezione della cisti dalla vescica. Le pareti di questa erano sottilissime, ed aderenti così intimamente ed estesamente colla sottile parete della cisti, che era addirittura impossibile riconoscerle, differenziarle e tanto meno dissecarle.

Allora il dottor Scilla, ch'era presente, fu pregato introdurre il catetere in vescica. Fu così che potei riconoscerla ; e mentre il mio indice sinistro, tenuto contro la superficie interna della porzione aderente della cisti, mi faceva riconoscere la sua parete, e l'estremità del catetere, condotta intelligentemente e sentita attraverso un sottile strato di tessuto, mi mostrava la topografia della vescica, colla mia mano dritta ed il pollice sinistro andava lacerando e dissecando millimetro a millimetro quelle due addossate pareti. Nello scollare due fogli di carta gommati non si impiegherebbe un più delicato lavoro. Da un momento all' altro mi aspettavo la rottura della vescica, tanto che disposi tutto per la cucitura. Ma fortunatamente riuscii senz'altro a sciogliere anche questo campo di aderenze; cosicchè la cisti rimase aderente solamente all'alto fondo dell'utero e corno sinistro. Ligai colla seta questa specie di picciuolo e tagliai.

Allora si fu che scovrii la tromba dritta allungata, ingrossata e ripiena di uno spesso materiale bianco-giallastro riconosciuto attraverso l'assottigliata sua parete. Ligata la tromba verso la sua inserzione uterina, l'asportai; ma la sua estremità libera aderiva allo ovaio, e questo degenerato in tante piccole cisti (ovario cistico) aderiva alla sua volta contro i tessuti sulla linea del distretto superiore.

Disseco anche quell'ovaio, ligo a forma di picciuolo le sue fitte aderenze ed asporto.

Restava l'utero dissecato del tutto da tutti i suoi annessi — la sua superficie posteriore sanguinava quà e là — qualche ligatura sul corno dritto era scappata. I punti sanguinanti non si potevano ligare, non si poterono neppure stagnare col termo-cauterio ripetutamente applicato. L'operazione durava da molto — s'era perduto molto sangue; fu per tutte queste ragioni che sul momento risolvetti di asportare l' utero. Riconosciuti i fornici vaginali la mercè di un dito di un assistente introdotto in vagina, applicai un laccio elastico attorno all'istmo dell'utero, sopra v'applicai un *clamp*, e, conducendo quel picciuolo all' angolo inferiore, cucii la ferita con nove punti di cucitura profonda e quattro superficiali.

Carbonizzato la parte eccedente del picciuolo, e fatta la medicatura solita, la inferma ristorata fu condotta a letto.

Io non so, se l'esaurimento della inferma fosse stato maggiore del mio e dei miei assistenti dopo quell'operazione lunga, agitata, piena di sorprese e palpiti.

Nella sera la temperatura fu appena di 38 con polsi a 120. La notte fu passata discretamente: s'ebbe qualche conato di vomito.

Nel giorno appresso temp. a 38.4 — polsi 130 — volli scovrire la ferita, che trovai riunita — un pò di siero sporco attorno il picciuolo — tornai a carbonizzare, o meglio a disseccare il moncone del picciuolo. Nella sera la temperatura sale a 38.8 — ma non meteorismo, non irrequietezza, lingua umida.

Nel 3.° giorno feci la seconda medicatura — rimosso un punto di cucitura superficiale viene qualche goccia di pus.

Nel giorno la temperatura salì a 39, e si mantenne per l'indimani — anzi la inferma accusò qualche volta il bisogno di essere coverta per prendere calore.

Alla 3.ª medicatura viene pus dalle margini della ferita scollate in alto, lontano quindi dal picciuolo: rimosso altro punto, vien fuori una discreta quantità di pus di odore non del tutto buono.

Nel giorno appresso maggiore quantità di pus : allargo la via di scolo, ed introduco un tubo, che scende obliquamente giù verso il picciuolo. Anche da qui vien pus di cattivo odore : disinfetto tutto, ed introduco anche qui un tubo disinfettato ben bene , e rinnovo il clamp.

Al 6° giorno la suppurazione diviene inodore, la febbre cade.

Così migliorando, al 9° giorno cade il laccio elastico, ma la parte necrotizzata s'estende al disotto della sezione da esso stretta. Allo 11° giorno cade anche questa, e resta un cavo molto pronfondo e coll'apertura cutanea dell'estensione di uno scudo. Nei giorni appresso tutto quel cavo si spoglia, diviene granulante — si colma quello scollamento suppurativo della parte superiore, e che comunicava profondamente colla supporazione attorno al picciuolo, ed ora che sono 19 giorni dall'operazione, non resta che una fovea da contenere un comune projettile sferico di un'oncia , e coverta tutta di granulazioni, e con attivo processo cicatrizzante attorno.

La inferma già ha cominciato ad alzarsi, e riprendere la sua ordinaria cibazione.
